



Avsluttende eksamen i sykepleie

«Hvordan kan sykepleier bidra til å fremme fysisk aktivitet blant eldre på sykehjem? »

Tillater du at oppgaven din publiseres i Brage?

<http://www.diakonova.no/neted/services/file/?hash=559909d9d5e4c99f5f380290c547647f>

JA, jeg tillater

Dato for innlevering:	06. mars 2015
Kandidat nr:	134
Kull:	183
Antall ord:	10 246
Veileder:	Anne Mari Aandahl

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	3
1.1 Bakgrunn for valg av tema	3
1.2 Oppgavens problemstilling	3
1.3 Oppgavens hensikt	4
1.4 Oppgavens avgrensinger	4
1.5 Begrepsavklaring	4
1.6 Presentasjon av oppgavens oppbygging	5
2. Metode	6
2.1 Datainnsamling	6
2.2 Kildekritikk	8
2.3 Presentasjon av forskning	9
3. Teori	11
3.1 Virginia Henderson Teori	11
3.2 Bevegelse- grunnleggende behov	12
3.3 Sykehjemspasienter	13
3.4 Kroppslige forandringer som påvirker aktivitet hos eldre	14
3.5 Fysisk trening hos eldre	15
3.5.1 Kartlegging av aktivitet	16
3.5.2 Konsekvenser av trening	17
3.6 Sykepleiers ansvar	18
3.7 Tverrfaglig samarbeid	18
3.8 Etikk	19
3.9 Lov	19
4. Resultater	20
4.1 Eldre trenger mer fysisk aktivitet	20
4.2 Det er behov for individualisert kartlegging	20
4.3 Det er behov for økt tverrfaglig samarbeid	20
4.4 Effektene av trening på elders funksjonsevne	21
5. Drøfting	22
5.1 Eldre er lite fysisk aktiv	22
5.2 Eldre trenger individualisert og tilpasset aktivitet	26
5.3 Er det gode effekter ved fysisk aktivitet?	27
5.4 Sykepleierens ansvar	29
5.5 Tverrfaglig samarbeid	30
6. Konklusjon	32
7. Litteraturliste	33

1. INNLEDNING

I dette kapittelet går jeg inn på bakgrunnen for valg av tema, problemstillingen og omfanget av oppgaven. I tillegg går jeg inn på avgrensninger, kildekritikk og begrepsavklaring.

1.1. Bakgrunn for valg av tema

Hverdag kommer det ny forskning og kunnskap om viktigheten av å fokusere på fysisk aktivitet blant eldre. Sykepleier skal holde seg oppdatert og ikke nedprioritere dette grunnleggende behovet. Eldre er skrøpelige og multisyke. Sykepleier skal kunne fremme aktivitet gjennom å være bevisst på utøvelsen av sykepleie. Jeg har jobbet i 5 år i en langtidsavdeling på et sykehjem i Oslo, og jeg har erfart at fysisk aktivitet er nedprioritert, selv om pasienter flere ganger har gitt uttrykk for behovet.

Dette så jeg også i mine praksisperioder på flere sykehjem, hvor jeg opplevde at mange eldre satt i mange timer enten alene på rommene eller på dagligstuen uten noen aktivitet. Det var interessant å notere at ved å følge pasienter noen få turer ned i kantinen, ble de glade og blide. Jeg ønsker å lære mer om hvordan sykepleier kan aktivisere eldre. Samtidig vil jeg vite mer om tilpassede aktiviteter, effekter av aktiviteter og konsekvenser ved mangel på aktivitet blant eldre. Jeg vil lære mer om hvordan sykepleier kan møte dette grunnleggende behovet. Sykepleiere på sykehjem har mye lederrolle, og i følge samhandlingsreformen (St. meld. Nr.47(2008-2009)) kommer flere sykepleiere til å jobbe i kommunal helsetjeneste. Derfor tror jeg at sykepleiere har potensiale for å endre pleiekultur og praksis på sykehjemmene.

1.2. Oppgavens problemstilling

Fysisk aktivitet: Hvordan kan sykepleier bidra til å fremme fysisk aktivitet blant eldre på sykehjem?

1.3. Oppgavens hensikt

Hensikten med oppgaven er å belyse faktorer som fører til manglende fysisk aktivitet og hvordan sykepleier kan fremme fysisk aktivitet på sykehjem. Som fremtidig sykepleier ønsker jeg å bruke kunnskap om dette for å endre praksis der jeg jobber. Jeg har erfart at pasienter som er klare og orienterte, kjeder seg og har større behov for meningsfulle aktiviteter.

Et av myndighetenes mål er å få en nasjonal mobilisering for bedre folkehelse gjennom økt fysisk aktivitet (Aktivitetshåndboken 2009, St.meld. nr.16)

«Myndighetene vektlegger at det skal satses på kultur, aktivitet og trivsel som helt sentrale og grunnleggende elementer i et helhetlig omsorgstilbud for pasientene i sykehjem. Mangel på tilpasset aktivitet er en av de største svakhetene i dagens omsorgstilbud.»

(Haugland, 2012).

1.4. Oppgavens avgrensninger

Aktivitet er et omfattende tema. Jeg ønsker å ta for meg fysisk aktivitet for pasienter som bor på langtidsavdeling på kommunale sykehjem. Jeg velger å begrense meg til de klare og orienterte eldre. Demente pasienter er ikke inkludert, selv om forskning viser at 70 % av pasientene på sykehjem har en form for demens. Jeg velger å fokusere på de 30 % som er klare og orienterte. Jeg benytter relevant teori fra Virginia Henderson samt lovverk og etikk.

1.5. Begrepsavklaring

Eldre: Verdens helseorganisasjon definerer eldre som de mellom 64 år og 74 år, og gamle som de over 75 år.

Sykehjemmet: «Sykehjemmet er en institusjon som tilbyr heldøgns helsetjenester» (Orvik 2004). Med dette menes kvalitativ god og individuelt tilpasset pleie og omsorg, på et godt sted å bo for mennesker som har sykehjemmet som hjem.» (Hauge, 2010).

Pasient: « En person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle.» (Pasient- og brukerrettighetsloven§ 1-3).

Fysisk aktivitet: Med fysisk aktivitet forstår vi « all kroppslig bevegelse produsert av skjelettmuskulatur som resulterer i en vesentlig økning av energiforbruket utover hvilenivå» (Skaug, 2004, S. 270).

Trening: «Regelmessig gjentakelse av fysisk aktivitet over tid, som har som mål å forbedre form, prestasjon eller helse.» (Shephard & Bouchard, 1994).

1.6. Presentasjon av oppgavens oppbygging

Oppgaven inneholder innledning, metode, en teoridel, resultat, en drøftingsdel, konklusjon og en litteraturliste. I teoridelen har jeg skrevet om valgt teori, bevegelse-grunnleggende behov, sykehjemspasienter, kroppslige forandringer som påvirker aktivitet hos eldre, fysisk trening, kartlegging av aktivitet, konsekvenser av trening, sykepleiers ansvar, tverrfaglig samarbeid, samt etikk og lover. I den andre delen drøfter jeg oppgavens problemstilling, og i oppgavens siste del konkluderer jeg. Helt til sist har jeg en liste over litteraturen jeg har benyttet for å skrive denne oppgaven.

2. METODE

I denne delen av oppgaven presenterer jeg fremgangsmåten for hvordan litteraturstudien har blitt innhentet. Dette innebærer en kort beskrivelse av innsamlet data hvor søkeprosessen, søkeord, treff og databaser er presentert. I datasamlingen presenterer jeg hvilke forskningsartikler som jeg har brukt og deretter følger en kort presentasjon av artiklene. I Kildekritikken vil jeg vise frem hvordan jeg har arbeidet for å finne ut om faglitteraturen er relevant for den valgte problemstillingen. I kildekritikken nevner jeg utfordringer som kan påvirke kvaliteten av litteraturstudien.

Systematisk litteraturstudie er brukt som metode i besvarelsen av oppgaven. Dette handler om å fordype seg i og systematisere litteratur som er skrevet om et tema. Relevant kunnskap fra bøker, fagartikler og forskningsartikler har blitt brukt. (Dalland, 2004).

Sosiologen Vilhelm Aubert beskriver metode slik:

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener til dette formålet, hører med til arsenalet av metoder» (Dalland, 2004, s.111).

En litteraturstudie er en systematisk gjennomgang av litteraturen rundt en valgt problemstilling. Dette innebærer kritisk gjennomgang av kunnskap fra skriftlige kilder og en sammenfatning av disse med diskusjon. Fordelene ved en litteraturstudie er å kunne fordype seg i relevant teori om et emne en har valgt på bakgrunn av eget engasjement og interesser. (Dalland, 2004).

2.1. Datainnsamling

For å kunne besvare oppgaven, har jeg foretatt systematiske søk etter relevante studier. Det har blitt søkt i følgende databaser: Sykepleien.no, Helsebiblioteket.no, Den Norske Legeforening, Swemed+, Idrettshøgskolens publikasjoner. Brukt Helsedirektoratet og Kunnskapssenterets rapporter. Jeg har også søkt på lovdata.no og Folkehelseinstituttet. Jeg har brukt pensumstoff og lånt andre bøker fra flere biblioteker. Følgende søkerord ble benyttet: Physical exercises, nursing homes, aged, eldre, aktivitet. Jeg har benyttet kombinerte søk og Peer review litteratursøk.

På Kunnskapssenteret fant jeg en rapport om effekten av aktivitetstilbud på eldresentre. På Helsedirektoratet fant jeg aktivitetshåndboken: Fysisk aktivitet i forebygging og behandling, jf kapittel 4. Fysisk aktivitet for eldre.

Jeg har vært på Bibsys på Brage og lest tidligere bachelor oppgaver som handler om temaet. Jeg har også hatt samtaler med eksperter på fagfeltet.

Jeg har videre søkt på: «The Cochrane library» med emneord «aged» og fikk 8660 treff. Kombinert AND ‘nursing home’ fikk 117 treff. Videre kombinert aged AND nursing homes fikk 73 treff. Der valgte jeg følgende artikkel:-

“Exercise for improving balance in older people.”

Videre har jeg vært på Høyskolen Diakonovas bibliotek og søkt på Orium. Der fant jeg en relevant engelsk artikkel. Jeg gikk Helsebibliotekets databaser og på Pubmed under Single Citation matcher hvor jeg søkte på ‘title words’ Factors influencing exercise participation. Jeg fikk 5 treff og valgte en forskningsartikkel av Ingrid B. Marsella fordi den var relevant for min problemstilling og fordi jeg ville se muligheten av overføringsverdier til norske forhold.

På Swemed + brukte jeg emneordet eldre + aktivitet. Jeg fikk 92 treff og valgte artikkelen ‘Viktigheten av fysisk aktivitet’ fordi den er relevant for oppgaven min.

Videre søkte jeg etter norske artikler på Swemed+, hvor jeg fikk 15 treff. Jeg valgte “Fysisk trening av sykehjemspasienter - har det noen hensikt?” fordi den er relevant for oppgaven. Jeg søkte også les online og fikk 8 treff artikler – Fysisk aktivitet og eldres helse- gå på!

Jeg søkte på emneordene nursing homes exercises, Peer review tidsskrifter og les online nor. Kombinert søk med AND fikk 4 treff, og jeg valgte nedenstående 3 artikler fordi de er relevante for min problemstilling.

“Meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet”

“Hvordan ivareta sykehjemspasientenes behov for bevegelse?”

“Fysisk trening av sykehjemspasienter - har det noen hensikt?”

2.2. Presentasjon av forskningsartikler.

Jeg har brukt 5 forskningsartikler og 3 fagartikler i besvarelse av problemstillingen.

Meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet er en tverrsnittstudie som presenterer en kvantitativ undersøkelse av 89 klare og orienterte sykehjemspasientene og 51 ansatte. Artikkelenes hensikt var å kartlegge hvilke aktiviteter sykehjemspasientene har interesse av å delta i, og hva de ansatte tror at pasientene har interesse for. Forfatteren sammenlikner svarene fra gruppene for samsvar og ulikheter og konkluderer at resultatene tyder på at man ved sykehjem i større grad bør kartlegge interessene til den enkelte beboer, og legge til rette for at beboerne kan delta i aktiviteter tilpasset egne interesser. (Haugland, 2012)

“Fysisk trening av sykehjemspasienter - har det noe hensikt?” er en kvalitativ litteraturstudie basert på treningstudier med sykehjemspasienter. I artikkelen omtales dokumentasjon for effekten av fysisk trening i sykehjem og hva trening bør inneholde. Hovedbudskapet er at trening kan gi sykehjemspasienter bedre muskelstyrke og mobilitet. Forfatteren konkluderer med at resultater fra studier med sykehjemsbeboere i andre land ikke automatisk kan overføres til norske forhold. De gir likevel en pekepinn på at trening er mulig og nytter, selv for eldre med mange sykdommer og store funksjonsvansker. Fysioterapeuter og ergoterapeuter er viktige aktører som kan bidra til opprettholdelse av fysisk funksjon hos pasienter i sykehjem. (Helbostad, 2005)

Artikkelen “Viktigheten av fysisk aktivitet og trening blant eldre” diskuterer viktigheten av regelmessig fysisk aktivitet og trening i aldringsprosessen. Samtidig utdypes sammenhengen mellom en fysisk aktiv livsstil og fysisk funksjon blant eldre. Forfatterne konkluderer med at regelmessig fysisk aktivitet uten tvil er positiv for de eldres helse og fysiske funksjon. Moderat intensitet på minst 30 minutter per dag, kan redusere sykelighet og dødelighet, samt virke bedre på daglige gjøremål. Det er viktig å fokusere på utholdenhetsaktiviteter, balanseøvelser og styrketrening for eldre. (Lohne - Seiler og Torstveit, 2012)

“Samarbeidsutfordringer i kommunehelsetjenesten” av Moe og Hamran (2014) er en kvantitativ studie. 22 fagpersoner ble intervjuet om faglig utøvelse, samarbeid og

organisering av tjenestene for å få tilgang til deres praksiser og perspektiver på egne og andres valg og prioriteringer. Forfatterne konkluderer med at deres resultater viser manglende kompetanse og ressurser rettet mot opprettholdelse og bedring av funksjon, samt manglende koordinering og samkjøring av tjenestene. Denne praksisen står i kontrast til offentlige dokumenter hvor det forventes tverrfaglig samarbeid for å utnytte ressursene best mulig. Det er nødvendig med organisatoriske rammer som gir rom for tverrfaglig møteplass for kommunikasjon og drøfting for å sikre best mulig tjeneste til brukere av hjemmetjenester.

“Factors influencing exercise participation by clients in long-term care» er en forskningsartikkel som tar for seg sammenhengen mellom faktorer som motiverer eldre i fysisk aktivitet og vanlige aktiviteter. Samtidig beskrives aktiviteter som er vanlige blant eldre på sykehjemmene i Canada. I konklusjonen hevdes det at det er en utfordring å motivere eldre på langtidsinstitusjoner til fysisk aktivitet. Det er viktig at en vet hvilke faktorer som motiverer eldre til deltakelse i fysisk aktivitet. Eldre kan delta i fysiske aktivitetsprogrammer. Ved å øke sosial støtte og lindre kroniske smerter, kan sykepleieren fremme fysisk aktivitet blant eldre på sykehjemmene. (Brenner & Marsella, 2009)

2.3. [Kildekritikk](#)

Ifølge Dallan (2012) er kildekritikk en metode for å finne ut om brukt forskning eller litteratur er pålitelige. Det er å etterprøve kunnskap. Kriterier brukt for valg av litteratur i dette litteratursøket innebærer: vurderinger/refleksjoner i forhold til faglig relevans, primær/sekundærlitteratur, overførbarhet, troverdighet, publisering, datering og evt. andre begrensninger. I kildekritikk skal valgt data vurderes kritisk og gi begrunnelse for hvorfor en har brukt dataene. Det skal vurderes om kildene svarer konkret på problemstillingen og hvilke utfordringer den som har skrevet oppgaven hadde i forhold til å finne relevant data. Videre skal det angis hvilke eliminasjons kriterier den som skrev har brukt. Forfatteren skal presentere svakheter og styrker i litteraturen og samtidig om det i litteraturen er enighet eller uenighet.

I arbeidet med litteratur har jeg vært bevisst på forskjellen på informasjon og kunnskap som er kontrollert informasjon. Litteraturen som er brukt er ikke over 10 år fordi praksis kan endres over tid. Det finnes lite forskning som omhandler konkret fysisk aktivitet på sykehjem. Derimot fant jeg mange artikler om hjemmetjeneste. Jeg prioriterte

sykepleierrelatert litteratur. Dette var en utfordring fordi i forhold til min problemstilling, har fysioterapeuter og ergoterapeuter publisert mer forskning på dette fagområdet enn sykepleiere. Dette kun har påvirket kvaliteten av sykepleier vinkler i litteraturstudie noe som forfatteren opplever som svakhet i kildene. Fordelen derimot er at sykepleier fagfeltet i dag har fått et tverrfaglig perspektiv noe som er styrken i litteratur.

Jeg brukte IMRAD-struktur i min eliminasjon kriterier om det var en forskning artikkel, jeg fant mange gode forskningsartikler og fagartikler som omhandlet temaet. Jeg har brukt en utenlandsk forskningsartikkel fra Canada fordi jeg vurderer at det er mulig å trekke ut overføringsverdier fra canadiske til norske forhold. Det er stor grad av faglig enighet i stoffet om eldre og behov for fysisk aktivitet. Likevel er det noen ulike synspunkter på hvilke effekter aktivitet har.

Sekundærkilde er brukt mest i pensumlitteratur, dette kan ha effekt på kvaliteten av litteraturstudiet fordi materialet er tolket av flere forfattere, og det kan føre til at det originale budskapet endres. Primærkilde har også blitt tatt i bruk ved å samtale med eksperter, dette er styrket i oppgaven.

3. TEORI

Her tar jeg for meg teori som er relevant i forhold til min problemstilling. Denne delen består av presentasjon av Virginia Henderson teori, bevegelse som grunnleggende behov, sykehjemspasienter, kroppslige forandringer som påvirker aktivitet, fysisk trening hos eldre, kartlegging av aktivitet, konsekvenser av trening, sykepleierens ansvar, tverrfaglig samarbeid, samt etikk og lovverk.

3.1 Virginia Henderson teori

Henderson var en av de første sykepleierne som forsøkte å beskrive sykepleierens fundamentale funksjon. Hendersons sykepleiedefinisjon og grunnprinsipper har hatt stor innflytelse på flere sykepleieteorier, blant annet Orems teori. (Kristoffersen, 2011).

Jeg velger Virginia Hendersons teori fordi hun legger vekt på menneskets grunnleggende behov og gir svar på hva som er sykepleierens særegne ansvars og funksjonsområde i møte med pasienten. Dette er relevant for min problemstilling.

Virginia Hendersons sykepleiedefinisjon:

”Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredelig død), noe han ville ha gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelig krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at individet gjenvinner uavhengighet så fort som mulig” (Henderson, (1998,s.10).

Videre understreker Henderson at pasienten selv best kjenner sine egne behov, og at pasienten vet hvordan de nødvendige gjøremålene best skal utføres. Derfor er det viktig at pasienten er aktiv og ansvarlig deltaker i den sykepleien som gis. (Kristoffersen, 2011). Her er viktigheten av individualisert hjelp tatt opp. Henderson sier at sykepleier har en helsefremmende og forebyggende funksjon, fordi pasienten kan ha mangel på ressurser til å kunne utføre nødvendige gjøremål forbundet med å dekke grunnleggende behov. Ressurssvikt kan skyldes mangel på kunnskap, krefter eller vilje. Hendersons sykepleierteori sier videre at sykepleier skal hjelpe pasienten med, eller legge til rette forhold som vil sette pasienten selv i stand til å utføre gjøremålene. Det er viktig at sykepleier har den nødvendige kompetanse og kunnskap her, og at sykepleier motiverer.

Det er 14 grunnleggende behov i følge Henderson. Jeg tar med « Å opprettholde riktig kroppsstilling når hun ligger, sitter, går og står, og med å skifte stilling.» Det er relevant for oppgaven. Henderson sier at utgangspunktet i å forholde seg til pasientens grunnleggende behov for sykepleieren, må være at behovene oppleves og ivaretas forskjellig fra person til person. Derfor må sykepleier skaffe seg kjennskap til hvordan pasienten opplever sine behov, og hvordan de best kan tilfredsstilles. Det vil være vanskelig og krevende, men helt avgjørende at sykepleieren skaffe seg en slik forståelse, sier Henderson (1998). Her kommer viktigheten av kartlegging og tilpasset hjelp frem.

«sykepleieren bør identifisere det personen mangler og tjene som en erstatning for å kunne gjøre han «komplett», «hel» og «uavhengig», beregnet ut fra hans tilgjengelige fysiske styrke, vilje eller kunnskap for å oppnå god helse.»
(Henderson, 1998,s.16)

3.2. Bevegelse - grunnleggende behov

Sykehjemmene skal bidra til at den enkelte bruker får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for egenverd og livsførsel. De grunnleggende behovene omhandler flere aspekter. Ett av disse er fysisk aktivitet (Granbo & Helbostad, 2006).

Grunnleggende behov innebærer de essensielle eller basisbehovene mennesker har, blant annet frisk luft, mat, eliminasjon, sosial kontakt og åndelig behov. Utøvelse av sykepleie krever kunnskaper om menneskets grunnleggende behov og hvordan ivareta disse. Det krever kunnskap om hvordan pasienten opplever helsesvikt, og evne til empati fra sykepleiers side. (Helbostad, 2010).

De nasjonale anbefalingene for fysisk aktivitet for eldre er ifølge Helsedirektoratet (2012): Alle voksne og eldre mennesker bør helst være fysisk aktive i til sammen minst 30 minutter. Intensiteten bør være minst middels, for eksempel en rask spasertur. Ytterligere helseeffekt kan oppnås ved å øke den daglige mengden eller intensiteten utover dette.

3.3. Sykehjemspasienter

Pasienter i norske sykehjem er blant de skrøpeligste eldre i samfunnet. Skrøpelighet kjennetegnes ved multisykdom, funksjonssvikt og liten reservekapasitet. De klarer ikke selv å dekke sitt behov for bevegelse og er derfor en særlig utfordring for sykepleierne og det øvrige pleiepersonalet (Helbostad, 2005). «Tidligere kom de til sykehjemmet i drosje og med kofferten i hånda. Nå kommer de i ambulanse» (Granbo et al., 2006). De siste 10 årene har det skjedd organisatoriske endringer på sykehjemmene. Store avdelinger erstattes med mindre og spesialiserte avdelinger med 8-10 pasienter. I oppgaven fokuserer jeg på avdelinger for langtidsopphold, ofte kalt somatisk avdelinger.

Kjennetegn ved sykehjemspasienter:

- De alle fleste er over 67 år, vel 75 % er over 80 år (Statistisk sentralbyrå 2007b)
- De har sterkt redusert funksjonsevne.
- De er multisyke.
- 73 % er kvinner (Statens helsetilsyn 2003)

(Hauge, 2010).

Haugan & Rannestad (2014) sier at livskvalitet for pasienter på sykehjem ofte er redusert. Dagliglivet i et sykehjem består av reduserte muligheter for meningsfylte relasjoner og aktiviteter sammenliknet med mulighetene til jevnaldrende som bor hjemme. Ikke minst viser et observasjonsstudium av pasientenes aktiviteter i sykehjem at i 65 % av dagen gjorde pasientene ingenting, og kun 12 % av tiden ble brukt til sosial aktivitet. Videre viser forskning et vesentlig høyere nivå av håpløshet, hjelpeløshet og depresjon i sykehjem. Depresjon forekommer tre til fire ganger oftere på sykehjem enn hos hjemmeboende eldre.

Aldersdemens, hjerneslag, psykiske lidelser og hjerte- og lungelidelser er omtalt som de vanligste diagnoser på sykehjem. Gjennomsnittspasienten i sykehjem har ADL-funksjon på 8,1. Det innebærer at de fleste ikke er i stand til å gå, de trenger hjelp til personlig hygiene, til å kle seg og ofte også til å spise, og de er delvis eller helt inkontinente. Sykehjemspasienter har i dag større pleiebehov og mindre selvstendighet når det gjelder daglige gjøremål enn de hadde tidligere. (Hauge, 2010).

Haugan et al., (2014) hevder at terskelen for å få plass i norske sykehjem generelt er høy. En forutsetning for å få tildeling av sykehjemsplass er at pasienten har omfattende behov for hjelp grunnet fysiske og eller mentale funksjonstap, eller terminal sykdom. Norske helsemyndigheter ønsker at sykehjem anvendes for å pleie døende mennesker. Slik omsorg er krevende og trenger åpenbart høy kompetanse relatert til smerte- og symptomlindring, forebygging og helsefremming. Generelt trenger sykehjemspasienter behov for palliativ behandling. På tross av de komplekse fysiske og mentale tilstandene blant sykehjemspasienter, har pleierne ofte lavt kunnskapsnivå og er lite trent i å håndtere komplekse tilstander. Langtidspleie i sykehjem verden over ofte kjennetegnes av rigide rutiner og av pleiere med begrenset kunnskap og trening i smerte- og symptomlindring samt psykososial omsorg.

Fall i sykehjem har mange og sammensatte årsaker. Helbostad (2005) fremhever i sin studie at mens 30 % av hjemmeboende eldre over 65år faller hvert år, er det rapportert om så mye som 1,5 fall per seng per år i sykehjem. Fall i sykehjem er grunnet nedsatt syn, nedsatt muskelstyrke, dårlig balanse og gangproblemer.

3.4. Kroppslige forandringer som påvirker aktivitet hos eldre.

I følge Stordalen, Grasaas og Hovlaand (2005) er aldringsprosessen naturlig for alle mennesker. Den fører til svekkelse av kondisjon, bevegelighet og muskelstyrke. Normal aldring er karakterisert av et progressivt tap av muskelstyrke, som fører til tap av muskelmasse og muskler reduseres i størrelse. Allerede fra midten av 20-årene starter denne prosessen, med tap på ca. 1 % per år dersom man er i lite fysisk aktiv. Flere faktorer påvirker et individs fysiske form, og med økt alder reduseres blant annet aerob og anaerob kapasitet, balanse og leddbevegelighet, og dessuten øker ikke minst reaksjonstiden. (Lohne- Seiler & Torstveit, 2012).

Lårmuskulaturkurven synker veldig etter 50 år. Trening er motmiddel for balanse, ganghastighet og for å innhente seg om man nesten faller. Lårhalsbrudd fører til store økonomiske konsekvenser for samfunnet vårt (Strømstad, 2014).

Helbostad (2010) skriver at redusert muskelstyrke, eller Sarkopeni, og en overvekt av langsomme muskelfibrer er typiske trekk ved aldring. Dette forklarer hvorfor mange eldre bruker lang tid å utføre daglige aktiviteter. Mange eldre opplever nedsatt balansefunksjon, noe som kan skape utfordringer i stell og påkledning. Balansen og nedsatt funksjon er vanlig. Eldre opplever at kroppen orker mindre aktivitet. Den viktigste årsaken er at hjertets pumpeevne reduseres, særlig gjelder dette den maksimale slagfrekvensen ifølge Hjort (2000).

Nasjonalt folkehelseinstitutt og Helsedirektoratet (2009) fremhever at med økende alder påvirkes de strukturene (bein, muskler, bindevev) som er nødvendige for å opprettholde bevegeligheten i leddene. Beinsubstansen styrkes som følge av økt mineralisering ved vektbæring ved trening. Nedsatt bevegelighet er også en risikofaktor for dårligere funksjonsevne.

Når vi blir eldre, svekkes også synet som følge av aldringsprosessen. Vi er avhengige av synet for å reagere på balanseutfordringene i omgivelsene i tide for å unngå fall for eksempel. Nedsatt sansefunksjon i ett system er derfor mer kritisk for funksjonsevne dess eldre vi blir. Det er viktig med tilpassede briller for å fremme bevegelsesfunksjon og redusere falltendens. (Nasjonalt folkehelseinstitutt og Helsedirektoratet, 2009).

Aldersrelatert tap av motoriske enheter er assosiert med reduksjon i både antall og diameter på motornevroner i den fremme rot i ryggmargen. Eldre vil derfor reagere langsommere fordi aldring har størst innvirkning på den tiden som trengs fra man mottar en stimulus, bearbeider informasjon og produserer en respons. Studien viser også at fysisk aktive, både unge og eldre, har mye kortere bevegelsestid sammenlignet med ikke-aktive individer på samme alder. Disse funnene tyder på at en fysisk aktiv livstil, har en positiv effekt på nevromuskulære forhold (Lohne- Seiler et al., 2012).

3.5. Fysisk trening hos eldre

«Helsedirektoratet anbefaler alle voksne og eldre å være fysisk aktive minst 30 minutter hver dag i moderat tempo, tilsvarende rask spasertur, for å oppnå helsegevinster.» (Lohne- Seiler et al., 2012) Det er viktig å skille mellom naturlige, daglige aktiviteter og målbevisst trening. Eldre kan være med i hagearbeid, dersom sykehjemmet har hage, dekke bord, bake, stryke og brette klær. Intensjonen med målbevisst trening er å opprettholde fysisk funksjon. Fysisk aktivitet er av stor betydning for aldringsprosessen

og for eldres helse. Styrketrening anbefales regelmessig 2-3 ganger per uke (Hjort, 2000).

Langhammer og Lohne-Seiler (2011) forteller oss videre at effekter av trening hos eldre har vært en meget sterk forskning siden 1980-tallet, spesielt internasjonalt. I de siste 10 årene har det kommet mye forskning i Norge om dette temaet.

Fysisk aktivitet er viktig fordi det bidrar til å opprettholde funksjon og gir en følelse av velvære hos pasientene. Lav-dosetrening er best for å unngå skade eller overbelastning, dessuten blir eldre motivert. Er treningsintensitet lav, må man holde på lenger for å oppnå ønsket effekt. «For skrøpelige eldre som er avhengige av hjelp er det viktigste treningsincitament likevel å delta i ADL- og forflytningssituasjoner. For å oppnå effekt må treningen være systematisk og foregå over tid. Dette krever plan og en enhetlig tilnærming til hvordan hjelp og assistanse ved utførelse av aktiviteter skal være.» (Helbostad, 2005).

3.5.1 Kartlegging av fysisk aktivitet

I Rundskriv om «kvalitet i pleie og omsorgstjeneste», har sykehjemspasienter krav på tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter både inne og ute. På sykehjem finnes det mennesker med ulike bakgrunn og forskjellige behov for fysisk aktivitet. Dessverre er mangel på aktivitet en av de største utfordringene i omsorgstilbudet (Haugland, 2014). For å sørge for aktiv deltakelse fra pasientens side, forventes god kartlegging av den enkeltes funksjon og at enkelttiltak igangsettes. Sykepleier skal finne informasjon om pasientens ressurser, tidligere interesser og hvor aktiv pasienten var før. Det er viktig å sette fokus på bevegelse som et grunnleggende behov og en naturlig del av pleien. Haugland (2014) sier videre at kartlegging av ADL-funksjon er et viktig verktøy fordi den sier hvor mye assistanse pasienten trenger. Dessuten kan den brukes i evaluering av aktivitetsnivå. Helsepersonalet kan dele informasjon ved bruk av for eksempel Barthels ADL-indeks. Det er den mest brukte testen når det gjelder eldre pasienter. Den dekker følgende aktiviteter: spising, bading, påkledning, tarmkontroll, toalettbesøk, forflytning mellom stol og seng, forflytning i form av gange eller rullestolkjøring og trappegang. Ved manglende kartlegging blir pasienter inkludert i ordinære sykehjems aktiviteter fordi ansatte tror at pasienter er interessert. Aktivitetene tilpasses ikke pasientenes behov (Haugland, 2014).

3.5.2. Konsekvenser av trening.

Å være i aktivitet er viktig for opplevelsen av velvære og selvstendighet i utføring av daglige aktiviteter for eldre. Redusert aktivitetsnivå kan forårsakes av flere faktorer som arv, sykdommer, livsstil og aktivitetsmønster. Fysisk aktivitet kan forebygge komplikasjoner som skyldes inaktivitet under sykdom eller skade, og opprettholde bevegelsesfunksjonen (Helbostad, 2010).

Regelmessig fysisk aktivitet er viktig for eldres helse. Det er en godt dokumentert sammenheng mellom en fysisk aktiv livstil og helsefordelene som forebygging av sykdom, opprettholdelse av uavhengighet og økt livskvalitet. Trening hindrer ikke fysiske endringer som skyldes alderdom, men det bremses med inntil 10 år når den fysisk aktive eldre sammenliknes med inaktive eldre (Lohne- Seiler et al., 2012). «Eldre på sykehjem kan forbedre både kondisjon, utholdenhet, balanse, styrke og bevegelighet. Kondisjonstrening kan påvirke risikofaktorer for hjerte-karsykdommer. Styrketrening gir økt muskelmasse og muskelstyrke og bedre funksjonsevne. Fysisk aktivitet og trening påvirker også beinmasse og balanse, koordinasjon og bevegelighet, og dermed reduseres risikoen for fallulykker og brudd. Det virker også som fysisk aktivitet og trening kan ha positiv virkning på forskjellige psykologiske faktorer og livskvaliteten for eldre mennesker » (Nasjonalt folkehelseinstitutt og Helsedirektoratet, 2009).

Nasjonalt folkehelseinstitutt og Helsedirektoratet (2009) hevder at fysisk aktivitet både forebygger og reduserer depresjon samt øker livskvalitet. Enkelte personer med angst har hatt nytte av fysisk aktivitet. Eldre menneskers kognitive funksjoner bevares og reduserer risiko for demensutvikling. Hovedsakelig er kognitiv funksjon og depresjon to områder der eldre kan rammes, og effekten av fysisk aktivitet og trening har vekket oppmerksomhet. En lang rekke studier har påvist mulige sammenhenger mellom fysisk aktivitet og kognitiv funksjon, for eksempel hukommelse, konsentrasjon, oppmerksomhet og reaksjonstid. Flere studier har også påvist store forskjeller i disse evnene hos eldre som er fysisk aktive, sammenliknet med eldre som er inaktive.

Ifølge Hjort (2000) reduserer fysisk aktivitet risikoen for sykdom. Det fremmer glukosetoleranse og insulineffekt, og motvirker fedme, spesielt abdominal fedme. Det reduserer blodtrykket og gir en bedre lipidprofil. Stort sett halveres risikoen for kardiovaskulær sykdom og dødelighet. Fysiske aktive eldre vil i noe grad forsinke aldringsprosessen fordi trening hindrer den negative og nedbrytende virkningen fysisk inaktivitet har på kroppen (Stordalen et al., 2005).

3.6. Sykepleiers ansvar

Et av myndighetenes mål er å få til en nasjonal mobilisering for bedre folkehelse gjennom økt fysisk aktivitet (Aktivitetshåndboken 2009). En av tidens store helsetrusler er livsstilssykdommer, og sykepleier skal undervise, motivere, og veilede om hvordan pasienter kan forebygge disse uheldige konsekvensene. Dette er også relevant for sykepleiere på sykehjem. Sykepleier på sykehjem har en sentral lederrolle av pleieteamet og har ansvar å inspirere medarbeidere til å gi pasientene et godt faglig tjenestetilbud i tråd med lover og forskrifter (Hauge, 2010).

Sykepleier er en sentral aktør i å legge til rette for at eldre kan delta i aktiviteter som er meningsfulle for den enkelte. Dette kan gjøres gjennom systematisk kartlegging av interessene til den enkelte pasient (Haugland, 2012). Sykepleier skal sørge for økt kompetanse blant de ansatte om behovet for eldre om å være i bevegelse.

3.7 Tverrfaglig samarbeid

Sykepleier på sykehjem skal samarbeide med flere faggrupper for å sikre kvaliteten på tjenestetilbudet. Sykepleieren har en sentral rolle i det tverrfaglige samarbeidet fordi hun/han har døgntilstedeværelse og bedre oversikt over pasientens situasjon (Hauge, 2010). Individuell plan er et særskilt rettslig regulert verktøy for å sikre koordinerte og samordnede tjenester. Sykepleier bør kartlegge pasientens funksjonsnivå, ved å bruke Barthels ADL-Indeks. Dette er nyttig for å følge utvikling over tid, gi struktur til undersøkelsen og bedre kommunikasjonen i og mellom yrkesgrupper i forbindelse med fysisk aktivitet (Helbostad, 2010).

Eldre på sykehjem har rett til koordinerte tjenester og rett til å få utarbeidet en individuell plan. Retten til individuell plan er regulert i pasientrettighetsloven paragraf 2-5. De ulike samarbeidspartene må utarbeide en individuell plan sammen med pasienten og de pårørende (Bondevik & Nygaard 2006).

3.8. Etikk

Yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleierforbund, 2011) sier at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert. Her tar jeg for meg etiske retningslinjer for sykepleier som er relevant for min problemstilling. Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og må sette seg inn i det lovverk som regulerer tjenester. Punkt 1.4 sier at sykepleieren skal holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis. Videre sier punkt 4.1 at sykepleieren skal fremme åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold i alle deler av helsetjenesten. Til slutt sier punkt 4.2 at sykepleieren skal ivareta et faglig og etisk veiledningsansvar for andre helse- og omsorgsarbeidere som deltar i pleie- og/eller omsorgsfunksjoner.

3.9. Lov

I pasientrettighetsloven(lov av 2. juli 1999) er det beskrevet hvilke rettigheter pasienter har. Sentral sider ved loven er rett til nødvendig helsehjelp, rett til medvirkning og informasjon, og rett til å samtykke om helsehjelp. Lovens mål er at hjelpen som tilbys, skal være faglig, forsvarlig og tilpasset den enkeltes behov. Pasienter på sykehjem har rett til kommunale helse- og omsorgstjenester etter pasient- og brukerrettighetsloven paragraf 2-1a.

4. RESULTAT

4.1. Eldre trenger mer fysisk aktivitet.

Helbostad(2005) skriver at dagens sykehjemspasienter har dårligere fysisk funksjon og er mindre selvstendige enn før når det gjelder daglige gjøremål. Videre skriver hun at «eldre i sykehjem er mer skrøpelige nå enn for 15 år siden». Hauge (2010) påpeker også at fysisk aktivitet på sykehjemmet nedprioriteres. En rapport utgitt av Helsedirektoratet i 2009, fremgår det at når det gjelder «fysisk aktivitet blant voksne og eldre i Norge», var det kun 20 % voksne og eldre som var aktive i henhold til de nasjonale anbefalinger om 30 minutter med daglig fysisk aktivitet. I en kvantitativ studie som ble gjennomført blant eldre på sykehjemmene i Ontario Canada, viste resultater at eldre trenger motivasjon for deltakelse i fysisk aktivitet (Brenner et al., 2009).

4.2. Det er behov for individualisert kartlegging.

Resultater fra en forskning om kartlegging av aktiviteter på sykehjem, viste at pasientene ønsket flest aktiviteter der de selv var aktive, mens de ansatte på sykehjem arrangerte aktiviteter som de trodde at pasientene ønsket (Haugland, 2012).

4.3. Det er behov for økt tverrfaglige samarbeid.

Resultat fra en studie om hvordan fysioterapeuter og hjemmetjenestepersonell forstår sine oppgaver, ansvarsfordeling samarbeid knyttet til den fysiske funksjon til brukere av hjemmetjenester, viser at flere faktorer blant annet tid, og faglige tradisjoner hemmer tverrfaglig samarbeid mellom ulike faggrupper i helsetilbud (Moe & Hamran, 2014). Resultater fra en studie gjort av Helbostad(2005) viser at fysioterapeuter og ergoterapeuter er viktige aktører som kan bidra til opprettholdelse av fysisk funksjon hos pasienter i sykehjem.

4.4 Effektene av fysisk aktivitet på eldres funksjonsevner.

Forskningsresultater viser at det er mulig å gjennomføre trening for pasienter i sykehjem. Det er videre dokumentert gode effekter av fysisk aktivitet på muskelstyrke og mobilitet. Trening bedrer fysisk form og funksjon samt kognisjon. Videre viser resultater at de mest dramatiske treningseffektene hos skrøpelige eldre er oppnådd ved styrketrening. Forskere fant at svært skrøpelige eldre i sykehjem både tålte høy-dosert styrketrening og hadde effekt av treningen (Helbostad, 2005).

Resultater fra en rapport fra kunnskapssenter om effekten av aktivitetstilbud på eldresenter viste at: Fysiske treningsprogrammer ved eldresentre kan forbedre balanse og gi økt muskelstyrke. Det er imidlertid usikkert om fysiske treningsprogrammer har effekt på livskvalitet, utholdenhet og mestring av daglige aktiviteter. Det er dessuten usikkert om eldre som deltar i kreative aktiviteter blir mer tilfredse sammenliknet med de som deltar i andre aktiviteter ved eldresentre (Håvelsrud K, Dahm KT, Sletsjøe H, & Reinart LM., 2011).

5. DRØFTING

I dette kapittelet drøfter jeg de ulike kunnskapskildene jeg hadde med i forrige kapittel, og setter disse mot hverandre for å finne svar på hva som er den beste, faglige praksis for min problemstilling. Her vil jeg presentere hva jeg fant og om det henger sammen.

Fysisk aktivitet: Hvordan kan sykepleier bidra til å fremme fysisk aktivitet blant eldre på sykehjem?

5.1 Eldre er lite fysisk aktiv

Det er sykepleierens ansvar å ivareta eldres fysisk aktivitet som grunnleggende behov på sykehjem. Virginia Hendersons teori (1998) sier at sykepleier skal hjelpe pasienten med å opprettholde riktig kroppsstilling når han ligger, sitter, går og står, og med å skifte stilling. I læreboken presentert i teori står det at eldre på sykehjem har redusert livskvalitet og at dagliglivet i et sykehjem innebærer reduserte muligheter for meningsfylte relasjoner og aktiviteter (Haugan et al., 2014). Dette stemmer med resultater fra en studie gjort av Haugland (2012) som tyder på at pasienter på sykehjem er fornøyde med fysisk pleie og omsorg, men har behov for meningsfulle dager med tilpasset aktiviteter. Jeg undres på hva er faktorer som fører til manglende fysisk aktivitet på sykehjem? Nedprioritering av fysisk aktivitet er en årsak til manglende fysisk aktivitet i følge denne litteraturstudie og min erfaring. Dette bekrefter også en studie gjort av Moe et.al (2014) som sier at sykepleiere fortalte at de tidligere hadde mer fokus på aktivitet, men at de nå på grunn av stor arbeidsmengde ikke kan prioriterer slike oppgaver. Gjentatte rapporter fra helsemyndighetene viser dessuten at kvaliteten på pleietilbudet synes bra nok, mens tilbudet om fysisk aktivitet er dårligere (Helsetilsynet, 2003). Denne praksis står i motsetning til kommunehelsetjenesteloven som sier at kommunen har plikt til å yte nødvendig og faglig forsvarlig hjelp, og fysisk aktivitet er en del av å yte faglig forsvarlig hjelp.

En annen årsak til manglende fysisk aktivitet på sykehjem er at pleierne passiviserer eldre. Uttrykket 'lært hjelpeløs' har jeg hørt mange ganger i løpet av praksis. Det betyr at pleierne gjør alt for pasientene, og dette fører til at pasientene blir vant til det, og mister sin fysiske funksjon. Dette er reflektert i en litteraturstudie gjort av Vik (2012)

som viser at møte med ansatte og tjenesteapparatet kunne få eldre til å bli mer passiv. Personalet uttrykte at de ofte ga tjeneste som «standardpakker» hvor fokus er på passive tjenester som «hjelp til» ADL og matlaging, mer enn oppmuntring til bruk av pasientenes egne ressurser. I veldig liten grad var tiltak rettet mot å følge opp den enkeltes mulighet til å fortsette med tidligere fritidsaktiviteter. Dette i tillegg til at brukerne brukte mye av tiden sin på å vente på at personalet skulle komme og «gjøre A eller B for dem », førte til at personalet mente at tjenesten i seg selv «produserte passive og ensomme gamle.»

I en artikkel skrevet av Helbostad (2005) beskrives det hvordan passivisering av eldre på sykehjem skjer. Pleierne forteller at pårørende hadde ringt og fortalt hvordan deres mor eller far hadde tapt funksjon bare få uker etter flytting til sykehjemmet. En ansatt uttrykte det slik: «De faller jo fort i funksjon når de kommer hit til sykehjemmet. Hjemme må de gjøre små ting hele tiden, og som de ikke trenger å gjøre når de kommer hit.» lærerboken av Haugan et al., (2014) bekrefter at eldre på sykehjem er mindre aktive sammenliknet med eldre som bor hjemme. Dette ble påvist i en undersøkelse blant eldre som mottok hjemmetjenester. Vik(2012) belyser at mange eldre forteller at de er aktive og deltar i en rekke gjøremål, og de ønsker å fortsette å være aktive på samme nivå eller helst litt mer. Eldre ønsker pleiere som ikke fratar dem ansvar. Likevel er det en gruppe pasienter som ønsker at særlig sykepleiere og hjelpepleiere skal hjelpe med alt, selv om de kan gjøre det selv. Ut fra min egen erfaring fra sykehjems praksis, vurderer jeg at det krever bevissthet fra pleiernes side for å aktivisere pasientene i stellesituasjonen på sykehjem. Dette er fordi man ofte er opptatt med rutiner, tid og hvor mange pasienter som gjenstår å stelle før frokost for eksempel.

Forventninger til aktiv deltakelse fra de eldre på sykehjem selv og deres pårørende er påpekt som faktorer til manglende fysisk aktivitet blant eldre i følge Vik (2012). Personalet fortalte at en del eldre ble «presset» inn i passivitet fra pårørende som mente deres mor eller far «fortjente å hvile og ta det med ro». Familien spilte også en sentral rolle ved at de til tider ønsket flere tjenester enn nødvendig for å «være på den sikre siden». Dette kan føre til «passivisering». På den andre siden kan pårørende være en ressurs for pasientens deltakelse fysisk aktivitet. Jeg har i jobbsammenheng opplevd at pasienter på sykehjem har reist på hytteturer med familien sin. En konsekvens av dette har vært at pasienten har blitt mer fysisk aktiv. Alt i alt kan dette betyr at familie og venner er de mest sentrale for eldres deltakelse i fysisk aktivitet. Sykepleier skal

samarbeide med pårørende i å kartlegge og iverksette tiltak som fremmer muligheter for familierelaterte aktiviteter, hevder videre Vik(2012).

Skaug (2005) forteller oss hvordan sykepleier kan fremme fysisk aktivitet på sykehjem, vurdere aktuelle hjelpemetoder i sykepleie og aktivisere pasienten i stellesituasjoner ved blant annet å la henne forflytte seg selv fra sengen til dostol, og la henne vaske seg selv i ansiktet og på overkroppen foran vasken. Sykepleier skal la eldre på sykehjem gå fra rommet sitt framfor å kjøre eldre i rullestol. Det er viktig å legge til rette for at pasienten gjør det hun klarer selv. Det er viktig at eldre ha riktig klær og sko, disse har betydning for Eldres fysiske utfoldelsesmulighet. Klærne må være ledige og tillate bevegelse. Skoene skal gi god støtte for foten og ha en god såle. Gamle, nedslitte sko med skjeve hæler kan være en belastning for ryggen. Sko skal slites jevnt og ikke mer enn ca. 0,5 cm før de repareres eller skiftes ut. Hverdagen i sykehjem innebærer ofte mange timer sittende i lenestol eller rullestol. I løpet av dagen kan sykepleier oppmuntre pasienten til å reise seg opp eller ta en runde i avdelingen for å belaste de lange rørknoklene. Pasienten kan strekke og bøye de store leddene eller bli stående litt, og om mulig, gjøre noen knebøyninger for, å vedlikeholde muskelstyrken. Det krever ikke mye tid. Pasientene kan motiveres til fysisk aktivitet, for eksempel gjennom en daglig trimrunde i dagligstua, gjerne til musikk. Det vil gi bedre fysisk funksjon og skape aktivitet i rommet (Hauge, 2010).

Hjort(2000) skriver at eldre er opptatt av risiko. Eldre mennesker på sykehjem bør fortsette med det de er vant til, men være forsiktige med uvante aktiviteter som innebærer høy skaderisiko. En konsekvens av dette er at sykepleier bør hjelpe de eldre til å vurdere risiko. Dersom man på den annen side oppmuntrer til nye og uvante aktiviteter, kan det tyde på en høyere risiko enn ved inaktivitet. På bakgrunn både av hva Helsedirektoratet skriver og av hva som står i læreboken, kan det hevdes at vurdering av risiko står sentralt.

Mange eldre på sykehjem forteller at de har benyttet fysio- og ergoterapi og tekniske hjelpemidler for å klare seg etter skade eller sykdom. De har fått mulighet til fortsatt å kunne delta som de ønsker, og beholde vitaliteten i hverdagen. I min praksis erfarte jeg at en pasient som hadde fått slag på sykehjem, brukte fysioterapi og i løpet av noen få uker var hennes funksjon bedret. Derimot opplevde jeg på en dagvakt på praksis at aktivtøren gang etter gang hadde vanskeligheter med å få eldre til å delta i planlagte aktiviteter som bingo og maling. Mange eldre som jeg spurte, svarte at de var slitne eller hadde smerte, mens andre sa de var ikke interessert fordi det var kjedelig. Aktivtøren

hevde at fysisk aktivitet er nedprioritert på sykehjem, ved begynnelsen av praksis deltok vi på en mini- kurs om viktigheten av aktivitet på sykehjem, fordi aktivtøren ønsket at vi kunne bidra her. Samtidig har jeg erfart at det arrangeres vellykket aktivitet, to ganger i uken arrangerer fysioterapeuter trim, de klar og orienterte eldre delta mest og trives.

Helt til slutt nevner jeg manglende motivasjon som en faktor som fører til redusert fysisk aktivitet blant eldre på sykehjem. I en studie gjort av Haugland (2012) på sykehjem, kom det frem at mange eldre har lav selvfølelse, og at pleiepersonalet har en holdning med lav forventning til pasientens evne og vilje til deltakelse i aktiviteter. Dette kan muligens hindre pasienter i viktig livsutfoldelse. Derimot påpeker Haugland (2012) videre at sosial støtte kan være med å øke eldres selvfølelse og tiltro til seg selv. Noe som er viktig for å styrke eldres selvfølelse. Resultater fra annen forskning for å finne ut eldres deltakelse i fysisk aktivitetsprogrammer blant eldre på sykehjem i Canada, viser at halvparten av de eldre sluttet med trening i løpet av 6 måneder. Dette viser at det er vanskelig å motivere eldre å være fysisk aktiv og opprettholde en aktiv livsstil. Dette stemmer med en undersøkelse gjennomført på flere sykehjem i Canada, hvor 98 % av sykehjemmene tilbyr treningsaktiviteter, mens bare 10-15 % av pasientene deltar i disse (Brenner et al., 2009). Forfatterne i begge studier er enige om at eldre trenger motivasjon i fysisk aktivitet og at sykepleier kan fremme fysisk aktivitet blant eldre ved å øke støttekontakt (familie, venner, personell).

Brenner et al., (2009) sier videre sykepleier ved å lindre kroniske smerte kan motivere pasienten til fysisk aktivitet, fordi mange eldre er bevisst på at deltakelse i fysisk aktivitet muligens kan øke smerteopplevelser. Det er derfor viktig at sykepleier sørger for at pasientene er godt smerte lindret før trening. Her skal sykepleier samarbeider med fysioterapeut om når trening er planlagt, for å forsikre at eldre få smertestillende i god tid før trening. Sykepleieren har ansvar for å lindre smerte og fortløpende kartlegger den eldres smerte. Sykepleierens sentral fokus er å kartlegge hvordan smerte virker inn på den eldres funksjon og evne til å være i fysisk aktivitet. En undersøkelse blant eldre i et Canadisk sykehjem viste at lav deltakelse i fysisk aktivitet er en faktor grunnet smerter og redsel for å få mye smerter. Sykepleier skal ha kunnskap om smertelindring og veilede eldre i viktigheten av fysisk aktivitet til tross for redsel for smerter. Dette belyser Brenner et al., (2009) i en studie. Kartlegging av smerte er en viktig sykepleieoppgave og dessuten avgjørende for å kunne sørge for tilfredsstillende smertelindring. Sykepleieren stille direkte spørsmål og samtale med pasienten om smerte, samtidig innhenter objektive data på smerte, som mimikk og ansiktsuttrykk,

kroppsholdning, hudfarge, svetting, pulsfrekvens og blodtrykk (Berntzen H, Danielsen A, Almås H., 2011).

Virginia Hendersons sykepleieteori vektlegger betydningen av fysisk aktivitet. Dette er i samsvar med funn fra flere forskningsartikler, Hjort(2000), Brenner et al., (2009), og tyder på at det er rimelig god grunn til å anta at eldre på sykehjem har behov for fysisk aktivitet, og at det er sykepleierens ansvar å fremme dette gjennom risikovurdering, smertevurdering, motivasjon og kartlegging blant annet.

5.2 Eldre trenger individualisert og tilpasset aktivitet

Det er viktig at sykepleiere kartlegger hvilke aktiviteter pasienter på sykehjem er interessert i for å sørge for at eldre på sykehjem er fysisk aktive. Resultater fra en forskningsstudie gjort av Haugland (2012) viser derimot at kartlegging av aktivitet blant pasientene på sykehjem er manglende. Dette kom frem gjennom en kvantitativ undersøkelse av 89 klare og orienterte sykehjemspasienter og 51 ansatte på et sykehjem. Studien understreket videre viktigheten av tilpassede og meningsfulle aktiviteter for sykehjemspasienter fordi de gir glede og involvering, tilhørighet, autonomi og dessuten identitet. Dette kan tyde på at de ansatte på sykehjem ikke kjenner eldres ønsker og behov godt nok. Sykepleier bør kartlegge pasientens funksjonsnivå, ved å bruke Barthels ADL-Indeks, et verktøy som kan brukes av andre faggrupper for å fremme fysisk aktivitet blant eldre (Helbostad, 2010). I rundskriv om «kvalitet i pleie og omsorgstjenester» står det at pasientene har krav på tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter både inne og ute. Videre i følge flere Stortingsmeldinger påpekes det at den enkelte må få mulighet til å leve i en aktiv og meningsfylt tilværelse i felleskap med andre (Hauge, 2010).

Virginia Henderson(1998) sier at sykepleieren har et ansvar for å identifisere og kartlegge hvilke behov pasienten har og iverksette nødvendige tiltak som fremmer helse. Det er nødvendig med rutiner som sørger for strukturert kartlegging av individuelle behov, slik at det ikke blir overlatt til den enkelte pleier å bestemme hva som er viktig informasjon om den enkelte. Sykepleiere jeg spurte i praksis hevdet at det ikke er tilstrekkelig tid til fysisk aktivitet. Det er viktig at det settes fokus på bevegelse som et grunnleggende behov i sykehjemmet, og at bevegelsesstimulering inngår som en naturlig del av pleiepersonalets oppgaver. (Helbostad, 2010). Granbo et al., (2006) forteller oss at i dagens forskrifter står det at individuelle behov og ønsker ved flytting

til sykehjem bør kartlegges gjennom strukturerte intervjuer i forbindelse med den første kontakten med pleie- og omsorgstjenesten. Dette bekrefter også Hauge (2010) ved å skrive at pasienter på sykehjem vil ha ulik mulighet for fysisk aktivitet, og at det er sykepleierens ansvar å kartlegge systematiske behov for fysisk aktivitet.

I pensum står det at sykepleier skal sørge for at behovet for bevegelse dekkes ved å kartlegge hjelpebehovet og sette tiltak i system. Gjennom en grundig samtale med hver enkelt pasient om sine interesser og ønsker, kan sykepleier få relevant informasjon som kan brukes videre i pleieplanen. Sykepleier skal skaffe seg informasjon om pasientens tidligere liv og interesser, og hvordan vedkommende fungerte før han eller hun kom til sykehjemmet. På det grunnlag kan det utarbeides mål og plan for pasientens nye hjem (Helbostad, 2010). Den ene artikkelen av Granbo et al., (2006) hevder at sykepleiere og hjelpepleiere fortalte at det er et stort ansvar når det gjelder å ivareta pasientens totale situasjon. Flere ansatte som ble intervjuet, mener at fokus på bevegelse og deltakelse i aktiviteter hos pasienter er viktig, men at den travle hverdagen med knappe ressurser er en utfordring. Videre fremhever forfatterne at for å sikre den enkelte pasients mulighet for fysisk aktivitet, trengs sannsynligvis flere ressurser, bred kompetanse og en bevissthet blant de ansatte på sykehjemmene. Det må foreligges en felles forståelse for hvor mye assistanse den enkelte trenger i forbindelse med fysisk aktivitet.

Undersøkelsen viser at dette ikke alltid er tilfellet i dag. Den andre artikkelforfatteren, Haugland (2012), mener at pasientene mangler meningsfulle aktiviteter. Alt i alt kan dette bety at det er behov for en systematisk kartlegging av den enkeltes behov, dessuten flere ressurser for å realisere planlagte mål.

5.3 Er det gode effekt ved fysisk aktivitet?

Teori og resultater i denne litteraturstudien viser at eldre på sykehjem er skrøpelige, noe som er kjennetegnet ved multisykdom, funksjonssvikt og liten reservekapasitet. Det stilles derfor spørsmål ved om hvor mye eldre bør trene og hva som er effektene av fysisk aktivitet. Det viser seg også fra teori at eldre på sykehjem har redusert aktivitetsnivå, blant annet grunnet aldringsprosess. Forskning gjort av Brenna et al., (2009) belyser at eldre som trente før innleggelse på sykehjem, har større sjanser for å være fysisk aktive, enn eldre som ikke har hatt et aktiv livstil.

Flere kvantitative studier gjort av Rydwik og medarbeidere i 2004, viser at det foreligger sterk dokumentasjon for effekt av fysisk trening på muskelstyrke og

mobilitet, moderat dokumentasjon for affekt på bevegelighet, og motstridende resultater når det gjelder gangfunksjon, dagliglivets aktiviteter (ADL), balanse og utholdenhet blant eldre (Helbostad, 2005). På den andre side viser resultater fra forskning fra Kunnskapssenter for helsetjenesten at deltakelse i fysiske treningsprogrammer ved eldresentre kan gi bedre balanse og økt muskelstyrke i bena, mens det er usikkert om treningsprogrammene har noen effekt på livskvalitet, mestring av daglige aktiviteter eller på utholdenhet. (Håvelsrud et al., 2011). Langhammer et al., (2011) derimot fremhever at fysisk aktivitet gir glede, avkopling, muligheter for sosialt samvær og ikke minst opplevelse av mestring. Dette samsvarer med forskning skrevet av Lohne-Seiler et al., (2012) som sier at inaktive eldre som starter med systematisk utholdenhetstrening har mulighet til å øke det maksimale oksygenopptaket med inntil 10-20 % i løpet av en 12-ukers treningsperiode. Dette viser at det er uenighet innen fagfeltet i forhold til konsekvenser av trening på eldres livskvalitet, mestring ADL og utholdenhet. Jeg velger imidlertid å tillegge artikkelen om Lohne- seiler et al., (2012) størst vekt, fordi rapporten fra kunnskapssenteret presenterer studier gjennomført i USA, Japan, Korea, Taiwan og Brasil hvor, både kultur og sosiale strukturer er annerledes enn i Norge. Dette kan påvirke overføringsverdien til norske forhold.

Nasjonalt folkehelseinstitutt og Helsedirektoratet (2009) fremhever likevel i en publikasjon at fysisk aktivitet har betydelig effekt på forskjellige psykologiske funksjoner. Hovedsakelig er det kognitiv funksjon og depresjon, to områder der eldre kan rammes samt effekten av fysisk aktivitet og trening, som har vekket oppmerksomhet. En lang rekke studier har påvist mulige sammenhenger mellom fysisk aktivitet og kognitiv funksjon, for eksempel hukommelse, konsentrasjon, oppmerksomhet og reaksjonstid. Ifølge Hauglands kvantitative studie (2012) kom det frem at pasientene likte å være ute, ble i bedre humør av å være ute og syntes at de kom seg for lite ut. Det er også viktig å påpeke de sosiale og psykologiske gevinstene av fysisk aktivitet. I aktivitetshåndboken, utgitt av Helsedirektoratet i 2009, viser de til positive sammenhenger mellom kondisjons- og styrketrening og psykologisk funksjon. Det sosiale miljøet hvor trening foregår har en positiv virkning på hukommelse, tankeevne, initiativ, evner og humør. Hjort (2000) konstaterer at fysisk aktivitet har virkning på sinnet, bedrer humør og mestringsevne, dessuten fremmes selvbilde og selvtilit. Selvtillit svekkes i alderdommen, og mange eldre vil profitere av fysisk aktivitet som forebygger passivitet, depresjon og selvoppgivelse som er en ond sirkel som er vanlig med inaktivitet. I min praksis har jeg erfart at beboerne gleder seg til trim og turer ut om sommeren. Dette antyder at fysisk aktivitet gir livskvalitet til eldre.

Nasjonalt folkehelseinstitutt og Helsedirektoratet (2009) fremhever at depresjon forekommer relativt ofte hos eldre. Det er rapportert om symptomer på depresjon hos opptil 15 prosent av den eldre befolkningen. På bakgrunn både av hva Helsedirektoratet skriver og av hva som står i læreboken, forskning av Haugland (2012), Hjort (2000), og studie av Helbostad (2005), kan det hevdes at fysisk aktivitet reduserer depresjon og øker livskvalitet hos eldre på sykehjem. Alt i alt betyr dette at sykepleier må legge til rette for at eldre er fysisk aktive for å motvirke depresjon. Dessuten må eldre undervises om tilpasset trening og effekter av slik trening. Trening som bedrer styrke, bevegelse, balanse og utholdenhet, kan være med på å forebygge fall blant eldre (Helbostad, 2010).

5.4 Sykepleierens ansvar

En viktig oppgave for sykepleier på sykehjem er å hjelpe den eldre med å få dekket sine grunnleggende behov. I følge Virginia Henderson (1998), har en person behov for sykepleier når han mangler de nødvendige ressurser som trengs for å kunne utføre nødvendige gjøremål forbundet med å dekke grunnleggende behov. Litteraturstudier viser at det er viktig at sykepleier motiverer pasienten i deltakelsen av fysisk aktivitet. Stordalen et al., (2005) forteller oss at helsefremmende og forebyggende arbeid er viktig for å fremme den positive betydningen fysisk aktivitet har for kropp og sjel for eldre. Dette er videre tydeliggjort i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester i § 3-2, hvor det står at kommunene har ansvar for blant annet helsefremmende og forebyggende tjenester (Brinchmann, 2012). I tillegg står det i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere at sykepleiere har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom.

Å øke kompetanse og kunnskap er en viktig oppgave for sykepleier. Jeg har erfart at det er mange ufaglærte som jobber på sykehjem. I følge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, skal sykepleier holde seg oppdatert med ny forskning, dokumentert praksis innen eget fagområde, og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis. Behovet for økt kompetanse på sykehjem kom frem i litteraturstudien. En tilsynsrapport om kvalitet og samarbeid i pleie- og omsorgstjenestene til eldre, viste at det var lavt kunnskapsgrunnlag og lite fokus på aktivitet, og at pleieplaner ikke inneholdt mål og tiltak for fysisk aktivitet i den daglige pleien. Moe et al., (2014) viser videre i forskning at fysioterapeuter i hjemmetjenester utfører funksjonstrening som i liten grad følges opp. Dette har overføringsverdier til praksis på sykehjem ut i fra min erfaring. Dette

tyder på at hjemmetjenestepersonalet i stor grad ikke har den nødvendige kompetansen til å møte pasientens behov for fysisk aktivitet eller å initiere tiltak i rett tid.

Hjemmetjenestepersonalet mente at de tillegges oppgaver som de ikke har kompetanse til å utføre. Intervjuene i den samme studien viste at sykepleiere i mange tilfeller ikke var trygge på at de hadde tilstrekkelige basiskunnskaper i forbindelser med mobilisering.

5.5 Tverrfaglig samarbeid

En viktig sykepleier oppgaver er å formidle observasjoner og den eldres ønsker og behov til andre i det tverrfaglige. Sykepleieren har en sentral rolle i arbeidet med eldre for å fremme fysisk aktivitet. Det er sykepleier som tilbringer mest tid sammen med pasienten og har en unik mulighet til å observere vedkommende, og til å evaluere tiltak som iverksettes over tid. (Bjørø & Torvik, 2010). I etiske retningslinjer for sykepleier står det at sykepleier skal fremme åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold i alle deler av tjenesten. Resultater fra forskning gjort av Moe et al., (2014) viser derimot at det er manglende samarbeid mellom faggrupper noe som fører til manglende fysisk aktivitet blant eldre. Årsakene er først og fremst at det er vanskelig å endre etablerte tradisjoner og rutiner knyttet til hvordan faggruppene arbeider. Dessuten er det manglende kommunikasjon mellom faggruppene. Forfatterne fastslår i sine studier at det er behov for god kommunikasjon for at det tverrfaglige samarbeidet skal lykkes. Alt i alt kan dette bety at sykepleier som har en koordineringsrolle, skal sørge for kontinuitet i pleie og god kommunikasjon i det tverrfaglige. Et viktig verktøy for sykepleier her er en oppdatert behandlingsplan på fysisk aktivitet. Sykepleier skal samarbeide med fysioterapeuter, ergoterapeuter og andre faggrupper for å få viktige informasjon som skal brukes i behandlingsplanen.

I et intervju gjennomført av Granbo et al., (2006) uttrykker ansatte behov for andre fagprofesjoner i avdelingen. De mener aktivitører, ergoterapeuter og fysioterapeuter kan bidra til bedre ivaretagelse av pasientenes fysisk behov. Helbostad (2005) påpeker i en enkeltstudie hvor fysioterapi- og ergoterapiinnsatsen ble økt til det firedobbelte, var det positiv effekt på funksjonen hos pasientene og en reduksjon i pleieutgifter. Det er et paradoks derfor at eldre i sykehjem, som er blant de sykeste og mest hjelpetrengende i samfunnet, får et av de dårligste tverrfaglige tilbudene innen helsetjenesten. Jeg erfarte under fordypningspraksis på sykehjem at det var én fysioterapeut i hele huset, og i en

periode da han ble sykmeldt, måtte pasientene vente helt til han var tilbake. Forskning fra Helbostad (2005) viste at gruppen av pasienter i en undersøkelse som hadde høy dekning av fysioterapeuter og ergoterapidekning, fikk bedret mobilitet og ADL-funksjon i forhold til den andre gruppen. Her tyder begge studier på viktigheten av tverrfaglig samarbeid i opprettholdelse av bevegelse- som grunnleggende behov. Sykepleieren kan fremme fysisk aktivitet blant eldre ved å dele viktige informasjon sammen med lege og fysioterapeut under legevisitt for eksempel. Dette erfart jeg på fordypningspraksis på sykehjem at på legevisitt kan faggrupper samarbeider godt sammen.

6. KONKLUSJON

I følge loven, etikken og sykepleieteorien skal sykepleiere utføre rutiner på sykehjemmet som inkluderer fysisk aktivitet av eldre. Sykepleier kan fremme fysisk aktivitet ved å vurdere aktuelle hjelpemetoder i sykepleie og aktivisere pasienten. Sykepleier skal holde seg oppdatert med ny forskning, dokumentert praksis innen eget fagområde, og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis. Ufaglærte er en ressurs på sykehjemmet med et behov for økt kompetanse. En viktig sykepleieoppgave er å veilede og undervise ansatte om hvordan trening i stell skal gjennomføres og hvorfor det er viktig. Sykepleier bør også samarbeide med pårørende om viktigheten av fysisk aktivitet. Videre kan sykepleier ved å lindre kroniske smerter motivere pasienten til fysisk aktivitet, fordi mange eldre er bevisst på at deltakelse i fysisk aktivitet muligens kan øke smerteopplevelser. Det er derfor viktig at sykepleier sørger for at pasientene er godt smertelindret før trening. Her skal sykepleier samarbeide med fysioterapeut om når trening er planlagt, for å forsikre at eldre får smertestillende i god tid før trening.

Sykepleier kan fremme fysisk aktivitet på organisatorisk nivå på sykehjem, ved å sørge for at det utarbeides et individuelt treningsprogram basert på en grundig funksjonsvurdering av hver enkelt pasient. Dette krever samarbeid med ergo- og fysioterapeut, og at treningsprogrammet bør i stor grad legges inn i de daglige aktivitetene som ved stell og forflytting. Nedprioritering av fysisk aktivitet er en årsak til manglende fysisk aktivitet i følge denne litteraturstudie. Sykepleier skal prioritere fysisk aktivitet som en del av daglig rutine på sykehjem. Sykepleier kan sørge for god kartlegging ved å samle data i avdelingen om fysisk aktivitet og oppdatere pleieplanene. Sykepleier kan sette fokus på fysisk aktivitet blant eldre på sykehjem, ved å skrive fagartikler om viktigheten av fysisk aktivitet, bruke media aktivt i å få frem viktigheten av fysisk aktivitet blant eldre på sykehjem.

7. LITTERATURLISTE

- Berntzen, H. Danielsen, A. & Almås, H. (2011) Sykepleie ved smerte. Hallbjørg, A. Stubberud, D. & Grønseth, R.(Red.). *Klinisk sykepleie*(s.355-395). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bjøro, K. & Torvik, K. (2010). Smerte. M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 330-348). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bondevik, M. & Nygaard, A.H. (Red.).(2006). *Tverrfaglig geriatri. En innføring* (2.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Brenner, I., & Marsella, A.(2009) Factors influencing exercise participation by clients in long- term care. (4) 5-11
- Brinchmann, B. S. (Red.). (2012). *Etikk i sykepleien* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Granbo, R., & Helbostad, J.L.(2006). Hvordan ivareta sykehjemsbeboernes behov for bevegelse?
- Hallbjørg, A. Stubberud, D. & Grønseth, R.(Red.).(2011). *Klinisk sykepleie*(4 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hamran, T., & Moe, S. (2014) Samarbeidsutfordringer i kommunehelsetjenesten.
- Hauge, S. (2010). Sykepleie i sykehjem. M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 219 -236). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Haugland, B.Ø. (2012) Meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet (1) 42-49

Haugan, G. & Rannestad, T.(Red.).(2014). Helsefremming i kommune- helsetjenester. Oslo: Cappelen Damn akademisk.

Haugan, G.(2014). Helsefremming blant mentalt klare langtidspasienter i sykehjem. T. Rannestad (Red.), Helsefremming i kommune- helsetjenester.(s.101-114). Oslo: Cappelen Damn akademisk.

Helbostad, J.L. (2010). Bevegelse og aktivitet. M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 287-304). Oslo: Gyldendal akademisk.

Helbostad, J.L. (2005)Fysisk trening av sykehjemsbeboere – har det noen hensikt? 125 (9), 1195 – 7

Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell Hentet fra <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-002.html#8>

Henderson, V. A. (1998). *Sykepleiens natur*. Oslo: Universitetsforlaget.

Hjort, P. F. (2000). Fysisk aktivitet og eldres helse – gå på! 120:2915-8

Håvelsrud,K., Dahm,K.T., Reinart, L.M., og Sletsjøe, H. (2011). *Effekten av aktivitetstilbud på eldresenter*. (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten- rapport nr. 07-2011). Hentet fra <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/effekten-av-aktivitetstilbud-pa-eldresenter>

Karoliussen, M. & Smebye, K. L. (2004). Eldre, aldring og sykepleie. [Oslo]: Gyldendal Norsk Forlag.

Kirkevold, M. Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.). (2010). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* Oslo: Gyldendal akademisk.

Kristoffersen, N. Nortvedt, F. & Skaug, E.A. (Red).(2005). *Grunnleggende sykepleie: grunnleggende behov* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kristoffersen, N. Nortvedt, F. & Skaug, E.A. (Red).(2011). *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kristoffersen, N. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. N. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.- A. Skaug (Red). *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*(s. 207- 270). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Lohne-seiler, H. & Langhammer, B.(2011). *Fysisk aktivitet og trening for eldre: Betydning for fysisk kapasitet og funksjon* [Kristiansand]: Høyskoleforlaget.

Lohne- Seiler, H., & Torstveit, M.K. (2012) Viktigheten av fysisk aktivitet og trening blant eldre. 22(2) 165-174

Lunde, B.V. (2012). Juss og etikk i sykepleien. B.S. Brinchmann (red.), *Etikk i sykepleien*.(s.166-187). Oslo: Gyldendal akademisk.

Lærum, M. & Kaldestad, K. (2006). Geriatrisk vurdering- tverrfaglig samarbeid. M. Bondevik & A. H. Nygaard (Red.). *Tverrfaglig geriatri. En innføring.* (s. 172- 183). Bergen: Fagbokforlaget.

Nasjonalt folkehelseinstitutt og Helsedirektoratet(2009). *Fysisk aktivitet handboken for eldre*

Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt Hentet fra

<http://www.helsedirektoratet.no/folkehelse/fysisk-aktivitet/aktivitetshandboken/generelle-kapitler/Documents/fysisk-aktivitet-for-eldre-kapittel-4.pdf>

Skaug, E.-A. (2005). Aktivitet. N. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.- A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov* (s. 269-290). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Stordalen, J., Grasaas, K.K., & Hovland, O. J.(2005) *Grunnleggende behov*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Sneltvedt, T.(2012) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. B.S. Brinchmann (red.), *Etikk i sykepleien*.(s.97-111). Oslo: Gyldendal akademisk.

Vik, K.(2012). Aktivitet og deltakelse for eldre.

